附件 4

特困行业企业阶段性缓缴社会保险费申请表

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 单位名称  |  | 法定代表人  |  |
| 统一社会信用代码 （或组织机构代码）  |  | 缓缴险种  |  |
| 参保时间  |  | 参保人数  |  |
| 申请缓缴起止时间  |  | 限缴日期  |  |
| 单 位 承 诺  | 本企业属于 行业，受疫情等影响，生产经营出现严重困难， 现按规定申请缓缴 保险费，并郑重承诺：所提供的材料（营业执照复印件等）属实，在缓缴期间按时足额缴纳职工个人部分， 在缓缴期满后及时将单位缓缴部分足额缴纳到位。   年 月 日 （单位盖章）  |
| 参保地经办机构意见： 按照企业申请和营业执照复印件，同意其缓缴 费，缓缴期限为 202 年 月至 202 年 月。  年 月 日 （单位盖章）  |

备注：此表一式2 份，缓缴企业、参保地经办机构各 1 份。